DISSERTATION

N° 270.

SUR LES SIGNES DIAGNOSTIQUES DIFFÉRENTIELS

DES TUMEURS DU PLI DE L'AINE,

SUIVIE

DE L'EXAMEN DES ANOMALIES DES VAISSEAUX QUI AVOISINENT L'OUVERTURE CRURALE, ET DU DÉBRIDEMENT DANS L'OPÉRATION DE LA HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 30 *août* 1831, *pour obtenir le grade de Docteur en chirurgie;*

PAR ÉMILE MAVRÉ, de Soissons,

Département de l'Aisne;

Ancien Élève des hôpitaux, de l'École pratique, Membre de la Société anatomique de Paris; Docteur en médecine de la même Faculté.

Nunquàm aliquid magni facias ex meâ hypothesi aut opinione.

MAX. STOLL.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1831.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	MM.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX, *Examinateur*.
Hygiène	DES GENETTES, *Examinateur*.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Suppléant*.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. / FOUQUIER. / ..... / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER, *Président*. / DUBOIS, *Examinateur*. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubois.
Bayle.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon, *Suppléant*.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dance.	Sandras.
Devergie, *Examinateur*.	Trousseau.
Dubled, *Examinateur*.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

AUX MÂNES

DE MON BON PÈRE.

A MA MÈRE,

A MON ONCLE,

Docteur-Médecin à Soissons.

Gage de mon attachement et de ma reconnaissance sans bornes.

A MES FRÈRES,

MES MEILLEURS AMIS.

A MES MAÎTRES,

MESSIEURS BOYER ET ROUX,

Professeurs à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgiens de l'hôpital de la Charité, etc., etc.;

A MONSIEUR LERMINIER,

Médecin du même hôpital, Membre de l'Académie de médecine, etc.

Témoignage de reconnaissance.

E. MAVRÉ.

DISSERTATION

SUR LES SIGNES DIAGNOSTIQUES DIFFÉRENTIELS

DES TUMEURS DU PLI DE L'AINE,

SUIVIE

DE L'EXAMEN DES ANOMALIES DES VAISSEAUX QUI AVOISINENT L'OUVERTURE CRURALE, ET DU DÉBRIDEMENT DANS L'OPÉRATION DE LA HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE.

Diagnostic différentiel des tumeurs du pli de l'aine.

La hernie crurale est située dans le pli de la cuisse; le col du sac est placé si profondément, qu'il est impossible de le toucher, même chez les personnes maigres; on ne peut non plus distinguer avec les doigts l'orifice qui a donné passage aux viscères. La tumeur est placée au-dessous et en dehors du pilier externe du grand oblique; elle descend presque verticalement sur la partie antérieure de la cuisse. Sa forme est presque toujours ovalaire transversalement.

Dans la hernie inguinale, au contraire, la tumeur est située au-dessus et au côté interne du pilier externe, à un demi-pouce environ au-dessus

du pli de la cuisse ; elle est dirigée en bas et en dedans vers le fond des bourses ; on sent chez l'homme le cordon testiculaire à sa partie postérieure. Sa forme est pyramidale, dirigée de haut en bas. En général, les signes que nous venons d'examiner sont plus appréciables chez l'homme que chez la femme ; cela tient à ce que, chez cette dernière, le pilier externe est moins prononcé que chez l'homme, et que le ligament rond ne dirige pas le sac herniaire vers la grande lèvre, comme le fait le cordon spermatique vers le scrotum. En un mot, le rapprochement de l'anneau inguinal du canal crural rend le diagnostic des plus difficile. Je vais citer un fait dont j'ai été témoin. La prévention que l'on a de la fréquence des hernies crurales chez les femmes peut aussi contribuer à en imposer. Une femme est opérée à la Charité, dans le service de chirurgie, d'une hernie dite *crurale ;* on débride sur le ligament de *Gimbernat.* Le septième jour, la femme succombe à une péritonite bien caractérisée. L'autopsie, en effet, présente des adhérences récentes des intestins entre eux, avec fausses membranes et un épanchement purulent dans la cavité du bassin. Quelle fut notre surprise, lorsque, disséquant les parties, nous trouvâmes le ligament de *Gimbernat* et l'arcade crurale intacts ! Un examen attentif de l'anneau inguinal nous fit reconnaître que le *fascia transversalis* avait livré passage à l'anse intestinale. La hernie était inguinale et directe. Le pilier interne était incisé un peu au-dessus du pubis, et l'artère épigastrique se trouvait en dehors du collet du sac. Ceux qui avaient examiné la malade et assisté à l'opération pensèrent tous que c'était une hernie crurale. Ce fait a pu se répéter plusieurs fois et être méconnu, si l'occasion de faire l'examen des parties ne s'est pas présenté. Enfin, un caractère distinctif de la hernie crurale, c'est que, par suite de la compression des nerfs et des vaisseaux fémoraux, le membre correspondant à cette hernie est engourdi et plus ou moins œdématié, symptôme qu'on n'observe jamais dans la hernie inguinale.

On distingue la hernie intestinale d'une épiplocèle par les gaz que contient la première ; on observe que la tumeur est égale, rénitente et tendue, surtout dans les efforts de toux. Si elle renferme des matières

stercorales liquides, la tumeur est molle et pâteuse ; elle est, au contraire, dure et inégale si les matières sont épaisses. La tumeur grossit après les repas ; sa réduction est le plus souvent facile et prompte ; on entend un bruit particulier, que l'on appelle *gargouillement.*

Dans l'épiplocèle, au contraire, la tumeur est molle au toucher, globuleuse, pâteuse et inégale ; elle produit des tiraillemens d'estomac, surtout quand il est plein. Sa réduction est plus difficile que celle de la hernie intestinale ; elle rentre peu à peu et sans bruit, et demande une compression soutenue jusqu'à sa réduction entière. Dans l'entéro-épiplocèle, les caractères communs seront réunis.

Il peut exister du même côté une hernie crurale et une hernie inguinale. M. *Boyer* rapporte qu'*Arnaud* ayant eu à pratiquer l'opération d'une hernie crurale étranglée chez une jeune femme, trouva deux anses d'intestin ; l'une était étranglée, non par le ligament de *Fallope*, mais par un petit faisceau de fibres tendineuses. Il est probable, ajoute M. *Boyer*, que ce petit faisceau de fibres tendineuses n'était autre chose que le pilier externe de l'anneau inguinal qui sépare cette ouverture de l'angle interne de l'arcade crurale.

M. *Jules Cloquet*, dans son excellente thèse sur les hernies, dit dans ses propositions : Les hernies crurales peuvent être doubles du même côté, c'est-à-dire qu'il peut sortir deux sacs par la même ouverture. Il ajoute : On peut rencontrer sur le même individu la complication de deux hernies inguinales interne et externe avec la hernie crurale du même côté : prévenu de leur possibilité, le diagnostic en sera moins extraordinaire. La hernie peut être irréductible par des adhérences qui ont lieu entre le sac et les parties herniées ; quelquefois celles-ci seules sont adhérentes entre elles ; d'autres fois une portion est adhérente, tandis que l'autre peut être réduite. Dans ces cas on cherche en vain à faire rentrer la hernie, le malade n'éprouve aucune douleur ; la tumeur cède quand on la comprime, et revient ensuite à sa première situation.

L'irréductibilité de la hernie produite par l'étranglement se reconnaît quand brusquement la tumeur devient dure, tendue et rénitente. On essaie quelquefois en vain sa réduction. C'est alors qu'il faut, après des tentatives sagement exécutées, en venir au débridement le plus promptement possible. Aux symptômes locaux succèdent les symptômes généraux, qui viennent confirmer le diagnostic; tels que suppression des évacuations alvines, puis nausées et vomissemens; le ventre se tuméfie et devient douloureux; la fièvre s'empare du malade, et les signes commémoratifs sont d'un grand secours.

On distingue un bubon d'une hernie crurale, par les signes suivans: dans le bubon, la tumeur se forme insensiblement, et s'accroît peu à peu; elle prend une forme ovalaire : ni la toux, ni une grande inspiration ne lui communiquent aucune impulsion. Souvent il est assez mobile pour qu'on puisse lui imprimer des mouvemens, et s'assurer qu'il n'a aucune connexion avec l'arcade crurale. La tumeur change peu à peu de caractère; elle est le siége de douleurs; les tégumens sont tendus et rouges; en palpant la tumeur, on sent de la mollesse au centre et de la dureté à la circonférence ; le malade a de la fièvre, etc.

Dans la hernie, la tumeur est survenue tout à coup après un effort violent; elle disparaît ou diminue quand on la comprime, ou lorsque le malade se couche; elle reparaît dans la station et lorsqu'on cesse de la comprimer; la toux communique une impulsion à la main. La tumeur n'est pas aussi mobile ni aussi dure au toucher que celle du bubon récent. Enfin, des symptômes d'affection de l'estomac et des intestins se déclarent dans le cas de hernie, à cause des tiraillemens de la portion d'intestin ou d'épiploon sortis de l'abdomen, ce qui n'a pas lieu dans le bubon.

Comment distinguer une épiplocèle crurale avec présence de pus d'un bubon parvenu à maturité? Lorsqu'il n'existe pas d'étranglement, la méprise est presque inévitable, mais sans danger. Dans ces deux circonstances, l'indication est la même; il faut donner issue au pus.

La hernie intestinale avec foyer purulent à la circonférence pourrait

être prise pour un bubon en suppuration. Dans ce cas, si on plongeait le bistouri dans la tumeur, on pénétrerait infailliblement dans l'intestin, en croyant pénétrer dans un bubon. Pour diagnostiquer heureusement dans cette circonstance difficile, il faut nécessairement avoir recours aux antécédens, s'informer depuis quel temps la hernie et l'inflammation se sont manifestées. Si on parvient à un diagnostic certain, on n'en ouvrira pas moins le foyer purulent avec les plus grandes précautions.

Lorsqu'un bubon vient à s'enflammer, il peut quelquefois être accompagné de symptômes d'étranglement, tels que nausées, constipation, tension et rougeur de la tumeur, impossibilité de sa réduction, douleur assez intense; alors le diagnostic présente quelques difficultés. Un cas de cette nature s'est présenté à mon observation en 1829, salle Sainte-Rose, n°. 1, à la Charité. Une femme portait dans le pli de l'aine une tumeur présentant les caractères que je viens d'indiquer : cette malade avait des nausées et de la constipation. L'examen le plus attentif ne put faire reconnaître la nature de la maladie. MM. *Boyer* et *Roux* virent la tumeur, et ne se prononcèrent pas : des laxatifs furent administrés ; ils provoquèrent des évacuations alvines, qui donnèrent à penser que cette tumeur pouvait bien être un bubon. Bientôt on sentit de la fluctuation au sommet de la tumeur, et tous les doutes furent dissipés. Les commémoratifs seront utiles pour éclairer le diagnostic. En terminant ce qui a rapport aux hernies, sujet des plus importans à bien connaître, il peut arriver que plusieurs glandes tuméfiées se trouvent situées en avant de l'intestin étranglé, qui se trouve caché par la présence de celles-ci : cette circonstance trompeuse s'est présentée récemment à l'Hôtel-Dieu : on a pratiqué l'opération sans opérer le débridement : les accidens ont continué. La malade a succombé après quarante-huit heures. L'autopsie a démontré que les aponévroses n'avaient pas été divisées, qu'une anse intestinale renfermée dans l'anneau était gangrénée. On a trouvé de la sérosité brunâtre et du pus sous les aponévroses de la cuisse.

Les signes suivans servent à distinguer la hernie crurale de l'abcès par congestion : dans le principe, la hernie présente, comme l'abcès, une tumeur molle, indolente, sans changement de couleur ni de chaleur à la peau. Dans l'un et l'autre cas, la tumeur diminue de volume, ou disparaît complètement lorsque le malade est couché sur le dos, et que le bassin est un peu plus élevé que le reste du tronc ; dans l'abcès par congestion, on fait rentrer la tumeur peu à peu et sans bruit. Dans la hernie, la tumeur, après avoir diminué de volume, rentre subitement et en bloc en faisant entendre un bruit de gargouillement. Dans l'abcès par congestion, on reconnaît une fluctuation qu'on n'observe point dans la hernie. L'abcès a été précédé de douleurs sourdes et profondes, ce qui n'arrive pas dans la hernie. On évitera toute méprise, dans la majorité des cas, en se rappelant que la hernie se forme subitement après un effort quelconque. On distingue l'abcès froid du pli de l'aine de la hernie crurale à l'aide des observations suivantes : dans l'abcès froid, le malade n'éprouve pas de douleur dès le début ; la tumeur prend de l'accroissement lentement. La fluctuation, après avoir été obscure, devient manifeste, le malade éprouve une douleur sourde, que la pression augmente ; puis, en dernier lieu, la peau change de couleur, s'amincit et s'ouvre. La hernie présente des caractères tout différens ; elle survient après un effort : la tumeur disparaît quand on la comprime, elle rentre en bloc en faisant entendre le gargouillement, etc.

Dans le cas de hernie crurale avec hydrocèle du sac sans étranglement, la rentrée de l'intestin et du liquide rend le diagnostic clair ; si, au contraire, la communication est interceptée entre le péritoine et le sac, il sera difficile de savoir si on a affaire à une hydrocèle du sac, à un kyste ou un abcès froid. L'abcès froid se distingue par sa marche : reste à choisir entre le kyste et l'hydrocèle du sac, sujet d'un diagnostic obscur, et sur lequel on n'a, pour se décider, que le souvenir d'une hernie antécédente.

On distingue l'anévrysme du pli de l'aine du bubon en observant que dans le principe, l'anévrysme offre une tumeur molle, qui disparaît par

la pression : et qu'un bubon, au contraire, est dur et ne disparaît pas. Dans la suite, l'anévrysme perd sa mollesse en augmentant de volume; le bubon se ramollit ordinairement par les progrès de la suppuration. Dans l'anévrysme, les battemens sont sensibles, quelle que soit la position du malade. Dans le cas où il existe d'autres tumeurs situées sur l'artère, les battemens produits par le soulèvement que celle-ci leur fait éprouver ne sont plus perçus quand on fait cesser les rapports de la tumeur avec l'artère. Dans l'anévrysme, les battemens sont d'autant plus marqués que la maladie est moins ancienne et la tumeur moins volumineuse; les autres tumeurs, au contraire, présentent des battemens d'autant plus forts et plus énergiques qu'elles ont plus de volume. Dans l'anévrysme, les battemens consistent en un effort d'expansion et de dilatation sensible dans toute la tumeur quand elle est peu volumineuse et récente; les autres tumeurs ne font percevoir qu'un mouvement de déplacement.

Lorsque la tumeur qui repose sur l'artère contient un liquide, la difficulté est très-grande. En effet, les impulsions de l'artère se communiquent au liquide, le soulèvement de la tumeur s'accompagne d'une ondulation qu'il est difficile de ne pas confondre avec l'expansion des tumeurs anévrysmales. La difficulté est presque insurmontable lorsque l'artère traverse une tumeur qui contient un liquide ou une masse gélatiniforme, lorsqu'elle est entourée d'un engorgement soit celluleux soit glanduleux. Dans ce cas, la compression au-dessus et au-dessous de la tumeur peut quelquefois éclaircir les doutes. Enfin le diagnostic de la tumeur anévrysmale présente de grandes difficultés, quand elle est accompagnée d'un engorgement tellement considérable des parties qu'on ne peut percevoir les pulsations. Si l'inflammation s'empare des parties et abcède, il est arrivé qu'on a pris la maladie pour un engorgement simple ou vénérien. Je rapporte le fait suivant qui mérite de fixer l'attention du praticien observateur.

Une femme de quarante ans, cantinière, vivant dans la débauche,

entra aux Vénériens en 1812. Elle avait eu à plusieurs reprises des symptômes de syphilis. Elle portait un engorgement assez considérable au pli de l'aine gauche. La suppuration s'y établit, et le pus se fit jour par plusieurs ouvertures. Un élève, pour donner un libre écoulement au pus, plongea le bistouri dans la tumeur. Le sang jaillit avec violence, l'erreur fut reconnue. M. *Cullerier* fendit sur-le-champ la tumeur anévrysmale, la débarrassa des caillots, afin d'exercer plus exactement la compression, en attendant de prendre un parti. MM. *Boyer* et *Roux* furent appelés. Vu l'épuisement et le marasme de la malade, ces praticiens expérimentés se décidèrent à tamponner la plaie. L'artère était oblitérée au bout de quinze jours, mais la malade fut prise de dévoiement, de fièvre, et mourut cinq semaines après l'accident.

Pour distinguer l'anévrysme de la hernie crurale, il suffira de les examiner avec attention, et de remonter à leurs signes commémoratifs.

Voici les signes distinctifs de la tumeur variqueuse de l'aine et de la hernie. Comme la hernie, elle est susceptible de réduction ; elle augmente aussi par la toux dans la position verticale, et disparaît quand le malade est couché. Mais dans la tumeur variqueuse, la peau est colorée en bleu pendant la station; cette coloration, ainsi que la tumeur, disparaît dans la position horizontale; la saphène présente des varices dans son trajet.

On ne confondra non plus la tumeur variqueuse ni avec un bubon, ni avec un abcès.

On distingue facilement une tumeur graisseuse d'une hernie crurale ; mais si celle-ci est ancienne et s'il existe un engouement considérable, le diagnostic en est difficile : les accidens résultant de la présence de matières dans les intestins, et les circonstances commémoratives éclaireront le diagnostic. Le diagnostic différentiel d'une tumeur graisseuse et d'une épiplocèle devient fort difficile. Au toucher, l'une et l'autre sont molles, pâteuses, compressibles, élastiques. Lorsqu'on réduit une épi-

plocèle, elle rentre lentement et sans bruit. La tumeur graisseuse peut quelquefois simuler cette réduction, si on la comprime. Les commémoratifs, dans ces cas obscurs, sont indispensables. L'épiplocèle apparaît presque toujours immédiatement après un effort violent; la tumeur graisseuse ne survient jamais d'une manière instantanée.

Dans le pli de l'aine, on peut rencontrer des kystes hydatiques ou séreux. Leur rareté en rend le diagnostic plus difficile.

Béclard dit que des kystes de différente nature peuvent se développer accidentellement, dans le tissu graisseux de l'aine et simuler une hernie crurale. M. *Dupuytren* a eu occasion de diagnostiquer une tumeur de ce genre que l'on prenait pour une hernie crurale. Voici les signes qui la lui firent reconnaître : une partie de la tumeur disparaissait par la pression, l'autre restait en dehors; il sentit de la fluctuation. Examinée à la lumière artificielle, la tumeur était transparente; il conclut que c'était un kyste. La tumeur ouverte, il en sortit de la sérosité avec des hydatides. Cette poche fut remplie de charpie; la guérison s'ensuivit.

Mais un kyste séreux de la grosseur d'une noix étant engagé dans l'anneau crural sans soulever la peau, si dans ce cas une hernie venait à s'étrangler, l'opérateur qui ne se trouverait pas prévenu de l'existence d'une telle poche serait nécessairement embarrassé.

Enfin la tumeur qui va fixer mon attention est la présence du testicule dans le pli de l'aine. On reconnaîtra sa présence à trois signes principaux : 1°. absence constante du testicule dans la bourse correspondante; 2°. la tumeur a la forme et la consistance d'un testicule; 3°. enfin la douleur que l'on cause au malade en comprimant la tumeur est semblable à celle que produit la compression du testicule du côté opposé.

A l'aide de ces signes, *Arnaud* reconnut cette affection sur un officier qui présentait cette tumeur du pli de l'aine, tumeur sur laquelle on avait appliqué un bandage, la prenant pour une hernie. Malgré que la pelote fût concave, elle causait de la douleur.

On trouve dans le Journal de médecine de *Corvisart, Boyer* et *Leroux*, l'observation d'un jeune homme chez lequel le testicule était sorti de l'abdomen par l'anneau crural, et avait fait croire à une hernie crurale.

Je n'ai pas parlé de quelques tumeurs de la région inguinale supérieure ; elles sont en petit nombre, et présentent moins de difficulté dans le diagnostic. Je me suis attaché à distinguer les tumeurs qui se rencontrent le plus ordinairement dans le pli de l'aine de la hernie crurale. Je me hâte de passer à un point de chirurgie pratique des plus importans dans l'opération de la hernie crurale étranglée.

Au sujet que je vais traiter se rattachent les anomalies des vaisseaux qui peuvent rendre le débridement très-dangereux. Je citerai à l'appui un fait dont j'ai été témoin lorsque j'étais dans le service de MM. *Boyer* et *Roux*. Puis enfin j'exposerai les différentes méthodes de débridement qui ont été mises en usage.

Les anomalies de l'artère obturatrice sont fréquentes, d'après les anatomistes et les chirurgiens.

L'artère obturatrice naît quelquefois de l'iliaque externe et de la crurale (*Sœmmering, Tiedeman,* Tab. art.). *Sabatier,* M. *Boyer*, *Bichat, Meckel, Wardrop, Burns, Cooper,* disent que souvent les artères obturatrice et épigastrique proviennent d'un tronc commun.

Des anatomistes ont établi approximativement combien de fois sur un nombre donné l'une ou l'autre de ces dispositions devait se rencontrer. D'après *Monro*, la naïssance de l'obturatrice avec l'épigastrique par un tronc commun se voit très-souvent. Il établit même le rapport de 1 : 10 ; d'après *Meckel*, la fréquence de cette anomalie serait dans le rapport de 16 : 1 ; d'après les observations faites par M. *Jules Cloquet*, il résulte que les cas où l'artère obturatrice naît de l'hypogastrique sont les plus nombreux ; qu'ils sont à ceux où elle vient de l'épigastrique ou de la crurale comme 3 : 1 ; de plus, il a observé cette anomalie plus souvent sur la femme que sur l'homme. M. *Breschet*

dit que l'artère sous-pubienne a été trouvée tirer son origine de la suspubienne douze fois sur soixante-trois sujets.

J'ai, en effet, pu vérifier souvent dans les amphithéâtres les variétés d'origine de l'obturatrice. Je l'ai vue naître le plus ordinairement de l'hypogastrique, souvent de l'épigastrique, et rarement de l'iliaque externe ou de la fémorale isolément.

Quand l'obturatrice vient de l'épigastrique, la longueur du tronc commun est le plus souvent de deux à six lignes (un pouce et demi à deux pouces, d'après *Tiedeman*. Tab. art., et *Meckel*), circonstance des plus importantes à connaître, puisque d'elle dépend la situation de l'artère derrière ou en dedans du col du sac herniaire. Si le tronc est court, l'obturatrice se porte immédiatement en bas et en dedans ; si elle naît plus haut, elle dépasse et correspond au ligament de *Gimbernat*. D'après *Lawrence*, cette disposition se rencontre une fois sur quatre-vingts, et, d'après *Scarpa*, une fois sur quatre-vingt-dix ou cent. S'il survient une hernie, dans cette circonstance l'obturatrice passe au-devant de l'intestin et se trouve en dedans du collet du sac : dans les autres cas elle est toujours en dehors.

Enfin quand l'obturatrice naît très-bas de l'iliaque externe ou provient de la crurale, soit immédiatement, soit d'un tronc commun avec l'épigastrique, elle remonte dans l'anneau, et se réfléchit sur le pubis pour gagner le trou sous-pubien ; s'il survient une hernie crurale, l'obturatrice répond à la partie postérieure du collet du sac. Ces cas sont rares. Sur un homme mort phthisique qui présentait une hernie inguinale congénitale, j'ai rencontré l'épigastrique qui naissait de la crurale à un pouce de distance de l'arcade. Cette artère, située sous la veine crurale, remontait dans l'anneau, passait à une ligne du ligament de *Gimbernat*, se trouvait en dedans du collet du sac, qui était très-large. La hernie existait du côté droit.

Toutes les fois que l'obturatrice naît de l'épigastrique, elle reçoit des rameaux anastomotiques derrière la symphise sus-pubienne ; mais il ne faut pas oublier de dire que l'épigastrique envoie une branche

qui, se rendant au pubis, passe derrière le ligament de *Gimbernat*. Cette artériole est désignée sous le nom d'*artère pubienne*.

Voici le fait dont j'ai été témoin : La nommée Jobart, âgée de trente-huit ans, femme de chambre, mariée et mère d'un enfant, avait depuis deux ans une hernie crurale du côté droit; la tumeur sortait et rentrait. Cette femme ne portait pas de bandage. Le 15 juillet 1829, à la suite d'un effort la tumeur reparut sans qu'elle pût la faire rentrer; bientôt nausées et vomissemens. Un médecin appelé ne put réussir à réduire la tumeur. Dans la soirée, la malade fut transportée à la Charité; l'étranglement existait alors depuis douze heures. M. *Boyer*, appelé sur-le-champ, fit encore quelques tentatives de réduction; mais voyant qu'elles étaient infructueuses, il proposa l'opération; la malade s'y résigna : l'opérateur, parvenu au sac herniaire, le saisit à l'aide d'une pince, et l'incisa en dédolant et à plusieurs fois. Celui-ci contenait beaucoup de sérosité; l'anse intestinale était brunâtre, très-congestionnée; l'opérateur ne put introduire la sonde canelée à la partie interne de l'anneau, il parvint à l'introduire à la partie supérieure, puis la ramena entre la hernie et le ligament à diviser. Le débridement présenta des difficultés occasionées par la canelure de la sonde, qui était trop étroite pour recevoir le bouton du bistouri. La résistance étant surmontée, l'instrument pénétra par une secousse. L'intestin fut très-aisément réduit; le doigt, introduit dans l'abdomen, reconnut que l'étranglement n'existait plus, mais du sang vermeil sortait du fond de la plaie en abondance et par un jet assez volumineux. M. *Boyer* dit que l'artère obturatrice se trouvant au collet interne du sac, avait probablement été ouverte; le vaisseau fut comprimé par un aide, il ne pouvait être lié à cause de la profondeur de la plaie. M. *Boyer* eut recours aussitôt au tamponnement à la manière de *J.-L. Petit*.

Les suites de l'opération furent très-heureuses, l'hémorrhagie fut arrêtée et ne reparut plus; le tampon fut retiré du ventre le cinquième jour de l'opération; il ne détermina aucun désordre appréciable. Dans une autre circonstance de ce genre, M. *Boyer* avait em-

ployé ce moyen avec succès, quant à l'hémorrhagie ; mais la malade mourut des suites d'une inflammation du ventre. Chez notre malade, il y a eu absence de tout phénomène inflammatoire, et le succès a été complet ; malgré l'étranglement de l'intestin, malgré l'opération, malgré enfin la présence d'un tampon volumineux dans le péritoine. Cette observation a été publiée dans un n°. du Journal hebdomadaire, août 1829.

Des différentes manières d'opérer le débridement dans la hernie crurale étranglée.

Avant *Arnaud*, on opérait la hernie crurale de la même manière chez l'homme que chez la femme ; et chez l'un comme chez l'autre, on incisait le ligament de *Fallope* directement en haut, ou en haut et en dedans. Avant *Arnaud*, on croyait que c'était à l'artère épigastrique qu'on devait attribuer les hémorrhagies à la suite des opérations de la hernie crurale chez l'homme. Il eut l'occasion de se dissuader lui-même de cette opinion par l'examen qu'il fit chez un jeune homme qui succomba une heure après qu'il l'eut opéré. Il trouva une grande quantité de sang dans l'abdomen, et pensa que l'artère épigastrique avait été ouverte. Mais en examinant ce vaisseau, il le trouva intact ; il s'aperçut que l'artère spermatique était coupée en travers. D'après les recherches qu'*Arnaud* fit sur la position respective du cordon testiculaire et du collet du sac, il conclut que l'artère spermatique est inévitablement exposée à l'action de l'instrument tranchant de quelque manière que l'on fasse la section du ligament de *Fallope*. *Arnaud*, pénétré de cette idée, se servait d'un crochet pour soulever le bord inférieur du grand oblique, élargir l'anneau et réduire ensuite, sans se servir du bistouri. Ce moyen devait être abandonné, vu ses difficultés et son insuffisance ; il en a été de même du dilatatoire, que *Leblanc* d'Orléans employait pour toutes les hernies.

Malgré les remarques anatomiques faites par *Arnaud* : *J. L. Petit*,

Ledran, *Heister*, *Sabatier*, *Lassus*, ainsi que *Chopart* et *Desault*, ont continué à débrider la hernie crurale en haut et en dedans vers l'ombilic. *Sharp* veut, au contraire, que l'on débride en dehors et du côté de la crête de l'os des îles, afin d'éviter les vaisseaux spermatiques; il n'ignore pas qu'on peut ouvrir l'artère épigastrique, mais il pense qu'il est facile d'y remédier à l'aide de l'aiguille.

Nous allons donner une description sommaire des procédés mis en usage de nos jours.

Gimbernat, persuadé d'après ses recherches anatomiques que l'étranglement est causé par le ligament triangulaire qui s'attache au pubis, débridait ainsi : « On introduit, dit-il, entre l'intestin et la partie interne du collet du sac une sonde profondément canelée, et l'on glisse dans sa canelure un bistouri boutonné à lame étroite, dont le tranchant doit être dirigé un peu vers la symphise pubienne. On incise ainsi les fibres les plus inférieures de l'aponévrose du grand oblique, celles qui le plus souvent produisent l'étranglement; de cette manière on évite le cordon testiculaire et l'artère épigastrique, on court le risque de trouver au côté interne de la tumeur l'artère obturatrice, quand elle naît avec l'épigastrique; mais on peut ne pas blesser ce vaisseau en donnant peu d'étendue au débridement. Dans son Anatomie des régions, M. *Velpeau* dit que l'artère pubienne fournie par l'épigastrique sera le plus souvent coupée si on est obligé de prolonger l'incision au-delà de quelques lignes; mais si, comme le veut le chirurgien espagnol, on incise obliquement en bas, on ménagera bien plus sûrement cette artériole. Ce procédé semble réunir plus d'avantages, et l'on a lieu de s'étonner qu'il ne soit pas généralement préféré; telle est l'opinion de M. *Velpeau*. A la vérité *Lawrence*, MM. *Boyer* et *Roux* l'ont depuis long-temps adopté. Ce procédé n'a contre lui que de ne pas porter toujours l'incision sur le point le plus tendu de l'anneau crural supérieur; cet inconvénient est léger, puisqu'on peut donner jusqu'à cinq lignes au débridement.

Scarpa et *A. Cooper* ont un procédé à peu près semblable, mais qui ne présente pas les mêmes avantages. Le tranchant de l'instru-

ment agit sur la partie concave du ligament de *Gimbernat;* il est dirigé en dedans et légèrement en haut. Mais on se trouve plus exposé à blesser l'artère pubienne de l'épigastrique, ainsi que les parties qui composent le cordon testiculaire.

Scarpa conseille avec avantage de se servir d'un bistouri droit, convexe sur son tranchant; ce qui permet, dit-il, d'inciser le ligament de *Fallope* de bas en haut, et de dehors en dedans, sans pénétrer dans le ventre. De cette manière on évitera plus aisément la lésion des vaisseaux, qui sont toujours séparés de la face postérieure de l'arcade crurale par quelques lames celluleuses, pouvant être constamment ménagées, encore bien qu'elles soient appliquées derrière le point que l'on divise.

B. Bell, pour éviter la lésion des artères épigastrique et spermatique, donne pour précepte de porter le doigt sous l'arcade aussi profondément qu'il sera possible, et d'inciser ensuite cette arcade avec lenteur et du côté externe. On peut, dit-il, de cette manière l'amincir beaucoup sans la diviser tout à fait, et sans courir le risque de blesser les vaisseaux du cordon spermatique. *Scarpa* doute de ce fait, et au lieu de faire une seule incision, il conseille d'en pratiquer plusieurs très-petites, pour éviter d'arriver jusqu'au cordon, et relâcher ainsi suffisamment l'aponévrose. Ces deux chirurgiens se servaient du crochet d'*Arnaud* pour élargir le ligament de *Fallope.*

Else et *A. Cooper* débrident tous deux en faisant une incision transversale sur l'aponévrose du grand oblique un peu au-dessus du ligament de *Fallope.* Ils découvrent le cordon testiculaire, le tiennent relevé avec une sonde recourbée, et incisent de haut en bas toute l'épaisseur du bord inférieur de l'aponévrose du grand oblique, mais chacun d'une manière différente. *Else* introduit une sonde canelée derrière le bord, et débride dedans et dehors. *Cooper,* après avoir écarté le cordon testiculaire du tranchant de l'instrument au moyen de la sonde canelée recourbée, divise l'arcade crurale de dehors en dedans avec ménagement. Ces deux procédés me paraissent d'une exécution difficile, longs et douloureux. MM. *Boyer* et *Roux* débrident comme je l'ai indiqué sur le ligament de *Gimbernat.*

M. *Dupuytren*, après avoir incisé les tégumens crucialement, et mis à découvert le sac dans toute sa circonférence, incise cette enveloppe, reconnaît le siége de l'étranglement, et débride de dedans en dehors, de bas en haut, et parallèlement aux vaisseaux spermatiques. Il se sert à cet effet de son bistouri boutonné à lame étroite et convexe sur son tranchant, pour ne pas blesser l'artère épigastrique. Si la hernie est volumineuse, l'incision doit être peu étendue.

Comme le font *B. Bell*, *Scarpa*, *Cooper*, M. *Dupuytren*, etc., en incisant le ligament de *Fallope* extérieurement de bas en haut, sans qu'on soit obligé de pénétrer nécessairement dans le ventre ; on a le grand avantage de voir les parties que l'on divise, et l'opérateur est moins exposé à dépasser les limites de ses incisions. En agissant de la sorte, comme l'observe M. *Velpeau*, on pourrait débrider dans tous les sens sans aucun danger. Dans la hernie crurale, cette manière d'agir sera subordonnée aux variétés de l'étranglement. Ordinairement c'est à la partie moyenne de l'angle supérieur de l'anneau qu'on doit débrider. D'après M. *Velpeau*, la pointe du bistouri est tenue sur la pulpe de l'indicateur ; ainsi dirigée sur l'ongle, on peut toujours la porter sous le bord qui produit l'étranglement : on divisera ainsi fibrille par fibrille du centre à la circonférence l'anneau fibreux qui occasione la constriction, en sorte qu'on pourra ménager les parties, l'instrument ne dépassant jamais l'extrémité de l'ongle.

On peut aussi, à l'aide du doigt indicateur gauche, affaisser la tumeur herniaire et la préserver de l'atteinte du bistouri. A l'aide du doigt, on dilate l'anneau, l'on reconnaît les adhérences avec le sac, adhérences que l'on détruit. Le débridement opéré, on peut se dispenser, comme le pratique M. *Amussat*, d'ouvrir le sac herniaire s'il est dans l'état naturel. De cette manière on ne blesse pas les parties contenues dans le sac ; on ne les expose pas à l'air, et on n'exerce sur elles aucune manipulation. Si l'étranglement est produit par le col du sac, on devra l'inciser.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Sect.* 1, *aph.* 6.

II.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

III.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum. *Ibid.*, *aph.* 3.

IV.

Famem vini potio solvit. *Ibid.*, *aph.* 21.

V.

Vulneri convulsio superveniens, lethale. *Sect.* 5, *aph.* 2.

VI.

Si quis febricitanti cibum det, convalescenti quidem, robur; ægrotanti verò, morbus fit. *Sect.* 7, *aph.* 65.